

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Marcel JOUANNEAU

Interne de l'hôpital de St-Germain-en-Laye

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

né le 22 janvier 1902, Angers (Maine-et-Loire).

**Faux syndrome abdominal aigu
d'allure chirurgicale
par intolérance aux arsénobenzènes**

Président : M. ACHARD, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

—
1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Marcel JOUANNEAU

Interne de l'hôpital de St-Germain-en-Laye
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

né le 22 janvier 1902, Angers (Maine-et-Loire).

**Faux syndrome abdominal aigu
d'allure chirurgicale
par intolérance aux arsénobenzènes**

Président : M. ACHARD, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13
PARIS

1927



LE DOYEN..... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marc I LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	GILBERT
Clinique médicale	BEZANÇON
	ACHARD
	WITAL
	MARFAN
	NOBÉCOURT
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	H. CLAUDE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JEANSELME
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GUILLAIN
Clinique des maladies du système nerveux	TEISSIER
Clinique des maladies infectieuses	DELBET
	HARTMANN
Clinique chirurgicale	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
	COUVLLAIRE
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	ROUVIERE

II. -- AGRÉGÉS EN EXERCICE

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BIET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANCY	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.
LÉRY	Clinique médicale.
LOEPER	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, agréé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Paris, 1921-1924:

MM. LES PROFESSEURS E. SERGENT et GOSSET.

M. L'AGRÉGÉ ALGLAVE.

MM. LES DOCTEURS BERGE, *in-mémoriam* et
BABONNEIX.

Internat de Saint-Germain-en-Laye, 1924-1925:

M. LE DOCTEUR CHERECHEWSKY.

Externat de Paris, 1925-1927:

MM. LES DOCTEURS BAUDET et DARRE.

M. LE PROFESSEUR E. SERGENT.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. PINARD.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR ACHARD

professeur de clinique médicale
à la Faculté de médecine de Paris
médecin de l'Hôpital Beaujon
officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

INTRODUCTION

Si la place prépondérante, que les arséno-benzènes et leurs dérivés ont pris ces dernières années dans l'arsenal thérapeutique antisyphilitique, en a montré les nombreux avantages, elle en a permis aussi l'étude des nombreux incidents et accidents que toute cure novarsénicale est capable de déclancher.

A la liste déjà longue de ces différentes complications (crises nitritoïdes, érythrodermies, ictères novarsénobenzoliques, etc...), nous nous proposons à l'occasion d'une observation recueillie au cours de cette année dans le service de M. M. PINARD à COCHIN, de réunir les différentes modalités de l'intolérance aux arséno-benzènes avec syndrome abdominal aigu d'allure chirurgicale.

L'ensemble de ce modeste travail devant nous permettre d'en dégager, non seulement l'intérêt clinique, mais encore l'intérêt diagnostique et thérapeutique: la connaissance de tels faits, pouvant éviter une intervention chirurgicale hors de propos, dont l'issue n'aurait pu être que problématique.

Il nous a semblé enfin que la réunion de ces différentes observations pouvait éclairer certaines

notions étiologiques et pathogéniques, quant à certaines formes d'intolérances aux arséno-benzènes; nous voulons parler :

1° des CRISES NITRITOIDES LOCALISÉES que MILIAN indiquait dans sa première description des crises nitritoïdes et sur lesquelles GOUGEROT attira l'attention récemment.

2° des ACCIDENTS DE BIOTROPISME auxquels MILIAN réserve actuellement une large place, dans la pathogénie de certains accidents novarsénicaux.

Dans un premier chapitre : nous étudierons la symptomatologie des réactions abdominales d'allure aiguë chirurgicale par intolérance aux arsénicaux, en publiant les observations que nous avons pu recueillir.

Dans un deuxième chapitre nous réunirons les différents problèmes que cet ensemble soulève : diagnostique, pronostique, pathogénique et thérapeu-

PREMIER CHAPITRE

Le syndrome abdominal d'allure aiguë chirurgicale survenant au cours d'une intolérance aux arséno-benzènes, peut se présenter sous différents aspects.

C'est ainsi que l'on peut rencontrer :

1° *Une réaction abdominale légère*, plus ou moins intense d'ailleurs, accompagnant les symptômes d'une crise nitritoïde banale.

2° *Une réaction abdominale intense*, survenant d'une façon isolée et que nous avons vue se présenter sous deux formes différentes :

tantôt c'est une VÉRITABLE CRISE NITRITOÏDE ABDOMINALE LOCALISÉE, comme dans les observations publiées par GOUGEROT,

tantôt c'est une VÉRITABLE RÉACTIONS PÉRITONÉALE comme celle que nous trouvons décrite et publiée par MILIAN dans le journal de dermatologie et de vénéréologie de 1925.

3° *Un faux syndrome abdominal*, tel celui que nous avons observé cette année à COCHIN.

Nous étudierons successivement ces trois formes cliniques :

1° RÉACTION ABDOMINALE LÉGÈRE.

La crise nitritoïde, décrite par MILIAN, n'atteint pas seulement la tête dans tous les cas (visage rouge, congestionné, vultueux, parfois œdématié, conjonctives rouges, yeux larmoyants. Bucco pharynx rouge, œdème laryngé pouvant provoquer des suffocations).

Elle peut aussi dans certains cas s'accompagner de troubles thoraciques consistant surtout en : dyspnée, sensation d'asphyxie (pseudo asthme) ; et parfois encore de troubles digestifs gastro-intestinaux légers : nausées, vagues douleurs abdominales à formes de coliques.

Ces troubles digestifs manquent d'ordinaire dans la crise nitritoïde banale, ou sont de second plan, et passent inaperçus.

Mais sous certaines influences, causes favorisantes, ils prennent le premier plan réalisant *un véritable petit syndrome abdominal*.

Après une injection intra-veineuse de novarsénobenzol ou même pendant qu'on pousse l'injection, immédiatement :

Malaise intense. Visage pâle, livide, vert. Nausées puis vomissements, d'abord alimentaire ou rejet de suc gastrique si la malade est à jeun, puis bilieux, se répétant avec une plus ou moins grande fréquence.

Enfin le sujet ressent de violentes douleurs abdominales sous forme de coliques suivies ou non d'évacuation alvine. Souvent diarrhée impérieuse et évacuation involontaire. C'est une crise nitritoïde semblable que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service du docteur MARCEL PINARD à COCHIN, le 15 juin 1927.

Observation

A la consultation du soir à 8 h. 30 chez un jeune sujet hérédo-syphilitique ayant supporté huit jours auparavant (sauf quelques nausées) 0 gr. 60 de NOVAR.

Immédiatement après l'injection de 0 gr. 75, crise nitritoïde : paupières bouffies, œdème de la face, bouffées de chaleur, urticaire généralisée, œdème pulmonaire, toux quinteuse avec expectoration abondante, mousseuse, sanguinolente. Rapidement pâleur extrême, visage livide, pouls incomptable, extrêmement rapide et petit.

Après quelques nausées, le malade se plaignant de violentes douleurs abdominales sous forme de coliques, vomit abondamment. Tout d'abord, vomissements alimentaires (on reconnaît des haricots ingérés à midi, soit 8 h. 30 auparavant), puis bilieux.

Sur le champ : adrénaline intra-veineuse (rinçure de seringue), amélioration rapide, guérison.

2° RÉACTION ABDOMINALE INTENSE.

Une réaction abdominale plus violente peut changer en tout point l'aspect clinique et changer le pro-

nostic. Nous avons rappelé plus haut que MILIAN dans sa première description de la crise nitritoïde reconnaissait la possibilité d'une prédominance thoracique, asthmatiforme, hématurique, brachiale. GOUGEROT attira plus particulièrement l'attention sur ces formes de crises localisées.

Nous transcrivons ci-dessous les observations que ce dernier auteur a publiées en 1922 et dans lesquelles nous retrouvons un syndrome abdominal aigu vrai ayant rapport avec notre sujet bien qu'un peu spécial puisqu'il s'agit d'un syndrome abdominal à FORME OBSTÉTRICALE.

Il s'agit en effet pour GOUGEROT d'un choc vasodilatateur immédiat par intolérance aux arséno-benzènes au niveau des viscères abdominaux; en pareil cas au *niveau de la sphère utéro-placentaire*.

1^{re} Observation

Femme de 23 ans ; syphilis acquise.

Trois ans de benzoate de HG à 15 jours par mois puis par 2 mois. W=0

Grossesse. — 3^e et 4^e mois, cures de 914. Total 2 gr. 40.

Au 5^e mois 0,15, 0,30, 0,45, qui donnent une *lèvre rougeur de la face*.

Huit jours plus tard, à 0,45; INCIDENT.

Bouffées de chaleur, face un peu rouge, violentes contractions utérines, utérus dur et douloureux.

Les contractions persistent, le visage est normal,

un filet de sang à la vulve. Dans la nuit accouchement d'un enfant de 5 mois encore vivant. Le placenta présente 3 traces d'hémorragies aux décollements ; rien dans les urines.

En 1916, *nouvelle grossesse*. Traitement par le 914 glycosé intra-musculaire.

En 1920, 3^e *grossesse*. *Traitement par le sulfarsénobensol* sous-cutané. 2 enfants bien portants.

2° Observation

Grossesse en octobre 1921.

Traitée antérieurement faiblement. $W=0$.

L.C.R. = normal.

De novembre à décembre 1921 : 5 injections de 914. Sans dépasser 0,25.

2 janvier 1922		0,30.
9 — —		0,45.
16 — —		0,30.
23 — —		0,45.
30 — —		0,45.
6 février 1922		0,60.
13 — —		0,60.

Grande crise nitritoïde-immédiate.

Douleurs abdominales. Contractions utérines.

A 21 h. ces contractures réapparaissent.

A 23 h. pertes sanguines.

Et 36 heures après l'injection, accouchement d'un enfant qui vécut 15 minutes.

3° Observation

A côté de ces deux dernières formes viscérales, véritables crises nitritoïdes localisées, à forme abdominale, ayant quelque rapport avec notre sujet, nous rappellerons maintenant UN VÉRITABLE SYNDROME ABDOMINAL AIGU CHIRURGICAL vérifié à l'intervention : observation publiée par MILIAN dans la *Revue de Dermatologie et de Vénérologie* 1925.

Une femme de maison de 45 ans entre dans le service en décembre 1923 pour roséole d'une vingtaine de jours ; Novar 0,15, 0,30, 0,45, etc...

Les injections provoquent de petites crises diarrhéiques.

A 0,75, à la fin de la matinée, deux heures après l'injection : diarrhée, vomissement, pâleur du visage, pouls à 120, ventre tendu, dur, douloureux.

Diagnostic : crise nitritoïde à type abdominal.

Adrénaline : un milligramme soulage.

Rechute : adrénaline de nouveau.

Le soir, l'interne de garde en chirurgie constate un point vésiculaire, défense de la paroi.

Le lendemain, subictère ; urine chargée d'urobiline ; point vésiculaire, fièvre à 39°.

Diagnostic : cholécystite ; la fièvre continue 39°, 40°.

Confirmation à l'intervention (Lecène).

Cholécystite suppurée lithiasique.

Cholécystectomie. Hémorragie. Mort.

On n'avait jamais soupçonné la lithiasie.

3° FAUX SYNDROME ABDOMINAL.

A côté de ce grand syndrome abdominal aigu, (cholécystite *provoquée* sinon *tirée de sa latence* par une intolérance au novar) et qui comporte une sanction thérapeutique chirurgicale urgente (pouvant seule sauver le malade) il y a lieu d'opposer UN FAUX SYNDROME *abdominal chirurgical*, tel celui qui nous est fourni par les deux observations suivantes :

1^{re} Observation

(Service du D^r M. PINARD, 15 mai 1927)

Entre salle 8, M. C..., 27 ans, parce qu'il a depuis 10 jours environ un écoulement urétral avec douleurs à la miction et une ulcération chancriforme de chaque côté du filet dans le sillon balano-préputial.

Coût suspect 3 semaines plus tôt.

A l'examen, on constate une rougeur indurée du méat, la pression faisant sourdre une goutte de pus. Dans l'aïne : à droite un gros ganglion mobile dur, indolent, sans péri-adénite. A gauche de nombreux petits ganglions mobiles, durs, indolents. Le 15 mai à l'ultra-microscope nombreux tréponèmes. Dans le pus prélevé au méat, on trouva :

Polynucléaires 74 %

Grand mono. 3 %

Mono 7 %

Lympho 16 %

Le 17 mai : H = 0.

Le 24 — : H = 3/4 +

Le malade est mis au traitement novarsénical. Sans incident, sans le moindre signe d'intolérance, il reçoit successivement :

0,15.... le 17 mai

0,30.... le 19 —

0,45.... le 21 —

On n'observe rien d'anormal, ni aussitôt après, ni dans les heures qui suivent cette dernière piqûre.

Le lendemain soir seulement (sorte d'incubation), dimanche 20 mai, le sujet se sent mal et se couche vers 15 heures.

Il se plaint d'alternative de frissons et de bouffées de chaleur.

Bientôt, il est couvert de sueur.

La fièvre monte à 38°.

La face est rouge, vultueuse.

A ce moment, ni vomissements, ni douleur abdominale.

A 17 heures, température rectale, 39,7.

Le 23 mai : Mauvais état général.

Pouls rapide.

Température matinale : 38,3.

Le sujet a de fréquentes nausées.

Bientôt apparaissent des vomissements.

D'abord alimentaires : lait, bouillon, aussitôt après l'absorption.

Puis rapidement bilieux.

De temps à autre, le sujet est pris de violentes

quintes de toux et expectore quelques crachats striés de sang.

A 17 heures, température rectale, 40,6.

Le malade délire, a des hallucinations (visuelles et auditives), fait une tentative de pendaison. Son agitation est extrême, le pouls est rapide et petit.

Dans l'après-midi, les vomissements bilieux réapparaissent.

Le ventre est légèrement ballonné, dur et ne respire pas.

A la palpation, il ne semble pas que l'on provoque de douleur. Mais on trouve une légère contracture de la paroi localisée à la fosse iliaque droite.

Constipation opiniâtre depuis 48 heures qui durera encore jusqu'au mercredi.

A 18 heures, on fait appeler le chirurgien de garde, on redoute une crise d'appendicite. On croit à une véritable réaction péritonéale (soit qu'il s'agisse d'une simple coïncidence, soit qu'il s'agisse d'un réveil, phénomène de biotropisme).

Le chirurgien conseille de temporiser quelques heures, avec glace sur le ventre en surveillant pouls et température.

Adrénaline 0,001, 2 fois.

Cyanure 0,01.

Sérum glycosé adrénaliné.

Ventouses sèches à la base droite, où l'on observe quelques sibilances.

Glace sur le ventre.

Quelques heures plus tard :

Ventre souple, arrêt des vomissements.

25 mai : 4^e jour. Température du matin 38,9 ; température du soir, 40.

Etat général meilleur, pas de vomissements.

26 mai : 5^e jour. Température du matin 37,9 ; température du soir, 38,4.

27 mai : 6^e jour. Température 36,8. Guérison.

Mais apparition d'un ÉRYTHÈME GÉNÉRALISÉ : soit exactement 10 jours après la 1^{re} piqûre intra-veineuse de novar.

Erythème généralisé sans prurit.

Rougeur uniforme — quelques plages de peau saine. La pression fait disparaître la rougeur.

Muqueuses rouges congestiennées.

L'érythème dure 4 jours.

Le malade est mis au cyanure tous les 2 jours, 1 cent. (la crise nitritoïde pouvant être, d'après MRLIAN, favorisée par une atteinte syphilitique du vague). On escompte une amélioration.

Le 3 juin, reprise du novar, 0,15.

* Injection faite à jeun à 7 h. et demie du matin.

A 11 heures, température 39,4, nausées, rougeur de la face.

Immédiatement Adrénaline 0,001=Cyanure d'Hg et lavement froid. Le malade est remis au Cyanure d'Hg. Il sort guéri le 15 juin.

Et mis en série pour les piqûres du soir.

Dans les antécédents de ce sujet :

Tousse et crache souvent, convulsions dans l'en-

fance, n'a jamais eu de troubles *du côté de l'appareil digestif*,

A EU LE PALUDISME A LA MARTINIQUE, le 20 juillet 1918, 20 à 30 jours d'hospitalisation.

Deuxième crise au Maroc, en février 1920, 10 jours.

N'A PAS EU D'AUTRE CRISE DEPUIS CETTE DATE.

En 1925, blennorragie.

En somme, chez ce malade, nous avons observé :

1° Un faux syndrome *abdominal aigu chirurgical*, ayant cédé à la glace, et au traitement habituel d'une crise nitroïde.

2° Une courbe thermique élevée qui n'a peut-être été que le réveil d'un *paludisme antérieur* (biotropisme).

Une lame de sang malheureusement n'a pu être faite.

3° L'apparition d'un érythème du 9° jour d'allure infectieux.

4° Malgré un court traitement au cyanure, une rechute fut observée à la reprise du novar; température, nausées et cela avec, cependant, une dose moins élevée de novar, que celle qui avait premièrement déclenché l'accident abdominal. (Ceci semblant confirmer, ce que nous avions déjà soupçonné alors, une véritable sensibilisation.)

2° Observation

(Cette observation nous a été transmise par le docteur Georges BASH, chef de clinique à la Faculté).

M. Ch..., 30 ans. Chancre induré balano-préputial en 1924. Ultra positif Wasserman négatif, traité régulièrement depuis cette date. 1^{re} année, 2 séries de novarsénobenzène, 2 séries de bismuth (Quinby).

2^e année, 2 séries de novar, 2 séries de bismuth (Quinby).

Le quinby déclanche une stomatite légère.

3^e année, 2 séries de novar.

4^e année, successivement 0,15, 0,30, 0,45, 0,60 0,75 de novar.

A la suite de cette dernière injection, dès le lendemain et pendant 48 heures, le malade présente une douleur vésiculaire intense sans vomissements, sans ictère, sans urobilinurie.

On refait 0,75 le lendemain, douleur vésiculaire avec signe de Murphy. Le tout disparaît sans laisser de trace au bout de 3 jours.

De cette observation, nous remarquons un syndrome vésiculaire bien moins intense que la forme appendiculaire décrite dans l'observation précédente.

Ce malade n'avait jamais présenté jusque-là d'accidents hépatique ou vésiculaire quelconque.

Ces phénomènes vésiculaires ont été les seules manifestations d'intolérance au novar qu'il ait jamais eu.

CHAPITRE II

Le rapprochement que nous venons de faire au point de vue clinique de ces différentes formes de crises abdominales aiguës, par intolérance au novar, nous a permis d'en dégager différents intérêts :

- 1° Diagnostique ;
- 2° Pronostique ;
- 3° Pathogénique ;
- 4° Thérapeutique.
- 5° Prophylactique.

1° INTÉRÊT DIAGNOSTIQUE

Le diagnostic est facile lorsqu'il s'agit du petit syndrome abdominal fréquemment observé au cours d'une crise nitritoïde banale puisqu'il n'est qu'un élément plus marqué de la symptomatologie normale.

Il ne peut s'agir d'une coïncidence avec un embarras gastrique puisque ces nausées, ces vomissements, les troubles diarrhéiques apparaissent quelques secondes après la fin de l'injection ou même pendant.

Bien au contraire, souvent très difficile et à discuter, est le diagnostic d'un syndrome abdominal d'allure aiguë chirurgicale.

Ou bien, on sait le malade en cours de traitement novarsénobenzolique et dans ce cas on doit penser à l'action toujours possible d'une intolérance aux arsénicaux.

Ou bien on ignore tout du malade, dans ce cas, après avoir recherché les symptômes traduisant une réaction péritonéale : vomissements, douleurs spontanées ou provoquées ; ventre contracturé, dur, de bois, ne respirant pas ou très mal et après avoir éliminé les coliques néphrétiques, hépatiques, saturnines, les crises gastriques, du tabès, etc... on pense à un syndrome abdominal chirurgical et suivant l'aspect particulier de la symptomatologie, on pense, soit à une appendicite soit à une cholécystite.

Il faut alors, toujours rechercher les traces d'un traitement novarsénical (examen du pli du coude, des régions fessières et interrogatoire serré du sujet).

Lorsqu'il est avéré, qu'il s'agit bien d'un sujet spécifique et en traitement, le POINT CAPITAL est de savoir s'il s'agit d'un vrai ou d'un faux syndrome abdominal par intolérance aux **arsénicaux**, puisque cette étape du diagnostic doit décider : de la non ou de l'abstention du chirurgien. On se basera, pour se faire une opinion en faveur de l'intervention, sur l'intensité de symptômes (ventre de bois, ne respirant pas, sur la recherche dans les antécédents du malade de troubles ayant déjà porté soit sur le tube digestif,

l'appendice ou la vésicule). Dans les cas douteux l'application de la thérapeutique du choc nitritoïde (adrénaline, lavements froids, cyanure), associé à la glace pendant quelques heures permettra, tout en restant sur l'expectative, de bénéficier ainsi pour le diagnostic *d'une véritable pierre de « touche »*.

2° INTÉRÊT PRONOSTIQUE

Une petite réaction abdominale au cours d'une crise nitritoïde banale semble être sinon d'un pronostic bénin tout au moins peut-on lui appliquer celui qu'on accorde à la crise nitritoïde elle-même.

Bien au contraire, le pronostic doit être réservé lorsqu'on est en présence d'un grand syndrome d'allure aiguë chirurgicale puisqu'il reste un doute sur la possibilité d'une réaction péritonéale vraie (appendicite, cholécystite), le pronostic se trouvant réglé dans ce cas surtout par *l'heure de l'intervention* et l'intensité des lésions inflammatoires.

3° INTÉRÊT PATHOGÉNIQUE

La recherche des causes d'apparition de ces différents syndromes abdominaux au cours d'une intolérance novarsénicale est *d'une importance capitale* si l'on veut arriver à opposer à ces accidents, non pas seulement une thérapeutique symptomatique, mais au contraire une thérapeutique active cherchant à agir sur les causes mêmes de ces accidents.

Nous écarterons tout d'abord la possibilité d'une

simple coïncidence, car nous regardons ces accidents comme résultant directement d'une intolérance au novar : en effet, nous voyons les nausées et les vomissements ainsi que la diarrhée, de la réaction abdominale la plus légère, apparaître immédiatement après ou même avant la fin de l'injection. Et dans les réactions plus violentes, nous avons pu constater des signes légers d'intolérance qui faisaient prévoir et craindre un incident plus grave pour l'injection suivante :

Telle fut la première observation de GOUGEROT où l'injection précédant l'accident avait déclenché un léger malaise avec rougeur subite de la face.

De même encore les petites crises diarrhéiques provoquées à chaque injection dans l'observation de MILIAN.

Il nous a semblé malgré le très petit nombre de nos observations que la pathogénie était très différente pour chacune d'elles. C'est ainsi que nous croyons pouvoir rattacher à la théorie du choc colloïdoclasic ou à la théorie d'une vaso-dilatation abdominale viscérale particulièrement intense, le petit syndrome abdominal qui accompagne la crise nitritoïde : ou encore le syndrome abdominal d'avortement signalé par GOUGEROT.

Tout autre nous semble devoir être la pathogénie, à invoquer pour l'observation de MILIAN, où l'on voit sous l'influence du novar une infection antérieure latente se réveiller.

Sans doute s'agit-il là d'un de ces cas de biotro-

pisme dont MILIAN soulève actuellement l'hypothèse.

Il nous a semblé justement que notre observation recueillie dans le service de M. PINARD reconnaissait une pathogénie mixte où l'on pouvait voir se surajouter *d'une part l'idée d'un biotropisme*:

Réveil d'un paludisme ancien sous l'influence d'une cure novarsénicale : réveil d'infection ayant favorisé, en diminuant la résistance de l'individu, *d'autre part un choc colloïdoclasique* ou une VASODILATATION viscérale intense ayant donné lieu au faux syndrome abdominal.

Ces syndromes abdominaux sont-ils favorisés par un état déficient antérieur du tube digestif? C'est ce qu'il nous a semblé, car la lenteur de digestion et les troubles gastro-entéritiques favorisent la crise nitritoisde simple ainsi que les nausées, les vomissements, la diarrhée l'accompagnant avait déjà attiré l'attention de MOURADIAN. Cet auteur dans *Paris-Médical* 1922, signale la grande fréquence (80 %), des cas d'accidents novarsénobenzoliques chez les dyspeptiques, les constipés, les entéritiques chroniques. Dans les vomissements du malade de notre première observation, nous avons constaté la présence d'aliments non encore digérés (haricots) ingérés cependant 8 h. 30 plus tôt.

Ceci tout en expliquant l'importance des symptômes abdominaux au cours d'une intolérance novarsénicale ne fait qu'apporter un facteur étiologique,

mais ne change rien de théorique à la pathogénie de ces accidents.

4° INTÉRÊT THÉRAPEUTIQUE

En présence de la crise nitritoïde avec petit syndrome abdominal, traitement de la crise par l'adrénaline. S'il s'agit d'un grand syndrome chirurgical, attente de quelques heures en observation : glace sur le ventre, adrénaline, cyanure, si sans résultat : intervention.

5° INTÉRÊT PROPHYLACTIQUE

Il reste maintenant à dire deux mots de l'INTÉRÊT PROPHYLACTIQUE. Systématiquement, pour éviter ces accidents d'intolérance, il y a lieu de prendre toutes les précautions dont on s'entoure d'ordinaire pour les injections de novarsénobenzol.

Examen du sujet :

1° PAR L'INTERROGATOIRE. On sait en effet que les asthmatiques, les urticariens supportent mal les arséno.

2° PAR L'EXAMEN CLINIQUE. Examen du tube digestif. Des troubles hépatiques en particulier, tendance hémogénique, temps de saignement augmenté.

Etude du reflex oculo cardiaque. Normalement, on observe un ralentissement de 10 à 15 pulsations. Si le ralentissement est supérieur d'un quart au nombre des pulsations normales, il y a lieu de faire une

injection préventive d'adrénaline intra-musculaire, et trois pilules de Trousseau par jour:

Ext. de belladone 0,01.

Poudre de belladone 0,01.

Etude des fonctions endocriniennes, car on peut faire de l'opothérapie préventive.

3° Enfin AU POINT DE VUE DU MÉDICAMENT à employer, il est recommandé par tous les auteurs d'employer un produit de bonne qualité, de rejeter le novar dont la ténuité ne semble pas parfaite, ou qui encore répand une forte odeur aliacée au moment de sa dissolution. De se servir d'une eau bidistillée.

4° De suivre une progression régulière dans l'administration des doses.

De surveiller les premiers symptômes d'une intolérance au novar.

De n'injecter que des sujets à jeun depuis une dizaine d'heures environ.

Enfin si crainte d'un accident: adrénaline préventive, sulfar intra-musculaire.

CONCLUSIONS

1° On peut observer un syndrome abdominal aigu d'allure chirurgicale par intolérance aux arsénobenzènes.

2° Ce syndrome abdominal peut se présenter sous TROIS ASPECTS DIFFÉRENTS :

a) *simple réaction légère et abdominale*, telle celle que l'on peut observer au cours d'une crise nitritoïde banale, se résumant à : quelques vomissements, nausées, coliques, pâleur de la face, parfois évacuation alvine impérieuse.

b) *réaction abdominale intense vraie* :

1° soit qu'il s'agisse d'une crise nitritoïde viscérale (abdominale) localisée, telle celle que publia GOUGEROT en 1922, crise utéro-placentaire avec douleur abdominale, coliques utérines, pertes sanguines aboutissant à l'avortement ;

2° soit qu'il s'agisse d'une véritable réaction péritonéale : réveil sous l'action du traitement novarsénical d'une affection abdominale connue ou jusqu'à latente. Observation publiée par MILIAN en 1925.

Tableau de cholécystite, douleur au point vésiculaire, nausées, vomissements, légère défense de la paroi, faciès grippé, pouls petit et rapide, etc. etc.. Cholécystite confirmée à l'intervention.

c) *réaction abdominale intense mais cédant au traitement habituel des crises nitritoïdes* : tel le faux syndrome abdominal aigu d'allure chirurgicale (forme appendiculaire) que nous avons observé en 1927, dans le service de M. M. PINARD.

3° De l'étude de ces trois formes cliniques, on peut tirer les conclusions suivantes :

Au point de vue diagnostic.

Le diagnostic est facile lorsqu'il s'agit de la réaction légère abdominale qui peut accompagner les symptômes classiques d'une crise nitritoïde banale.

Le diagnostic est au contraire difficile lorsqu'il s'agit d'un grand syndrome d'allure chirurgicale.

On doit toujours discuter cette forme possible d'intolérance au novar, puisqu'on en connaît maintenant l'existence, chez un malade que l'on sait actuellement au traitement anti-syphilitique et présentant des signes de réaction péritonéale.

Mais lorsqu'on ignore tout du malade :

1° Rechercher les traces possibles d'un traitement novarsénical en cours examen du pli du coude, de la région fessière, interrogatoire serré).

2° RECHERCHER si on a affaire à un syndrome chirurgical après avoir éliminé les : coliques hépati-

ques; néphrétiques, saturnines, etc., crises gastriques du tabès; DISCUTER la possibilité d'un faux syndrome par intolérance au novar (étape capitale du diagnostic qui doit entraîner l'intervention ou l'abstention du chirurgien).

3° En cas de doute : temporiser quelques heures, tout en surveillant pouls et température. Se servir du traitement des crises nitritoïdes comme d'une véritable « pierre de touche ».

Au point de vue pronostic.

a) celui de la crise nitritoïde banale, pour la réaction légère ;

b) de même pour le faux syndrome abdominal ;

c) très grave au contraire lorsqu'il s'agit d'une véritable réaction péritonéale : le pronostic dépendant alors, de l'heure de l'intervention et de l'intensité des phénomènes inflammatoires.

Au point de vue pathogénie.

Il nous a semblé qu'elle était différente pour chacune des formes cliniques que nous avons étudiées :

A la théorie du choc colloïdoclasique ou à la théorie d'une vaso-dilatation abdominale viscérale brusque et intense, il semble que nous puissions rattacher :

a) la réaction légère de la crise nitritoïde ;

b) les crises localisées décrites par GOUGEROT.

En rappelant certaines causes prédisposantes ou favorisantes telle que :

Troubles digestifs, entéritiques, déséquilibre vago-sympatique, troubles endocriniens, grossesse.

A la théorie du biotropisme on peut rattacher : les syndromes vrais péritonéaux ; infection latente réveillée par le traitement.

Notre observation peut être rattachée à ces différentes théories : car on y retrouve un phénomène de biotropisme : réveil d'un paludisme ancien ; ayant favorisé en diminuant la résistance de l'individu : soit un choc colloïdoclasique soit une vaso-dilatation viscérale intense.

Au point de vue thérapeutique.

Adrénaline, cyanure d'hg. dans les différents cas. Intervention ou expectative armée dans certains autres.

Au point de vue prophylaxie.

Se mettre dans les meilleures conditions de réussite :

Par l'interrogatoire du sujet : antécédents personnels.

Par l'examen clinique : tube digestif, réflexe oculo-cardiaque, fonctions endocriniennes.

Le choix des médicaments la progression des doses, la surveillance des premiers symptômes d'intolérance.

Vu, le Président :

CH. ACHARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- GOUGEROT. — *Paris Médical*, 13 mars 1922. Crises nitritoïdes viscérales.
— *La Médecine*, novembre 1923.
- GIRBAL. — *Progrès Médical*, 10 décembre 1921. Crises nitritoïdes et accidents anaphylactiques.
- JUSTER. — *Paris Médical*, 11 août 1923.
— *Presse Médicale*, 12 janvier 1924. Le facteur sympathique de la crise nitritoïde, crise vagotonique.
- JUSTER ET BALADIAN. — *Revue de Médecine*, 1923.
— *Presse Médicale*, 1923.
— *Ann. Mal. Vener.*, 1923,
- JUSTER ET LAFONT. — *Ann. Mal. Vener.*, février 1923. Troubles endocriniens et crise nitritoïde.
- JUSTER ET LÉVY. — *Société française derm. et syphi*, 6 juillet 1922.
- MILIAN. — *Presse Médicale*, 13 août 1921. Crise nitritoïde.
— *Revue de Dermatologie et de Vénérologie*, 1925. P. 179.
— *La semaine des hôpitaux de Paris*, avril 1927.
- MILIAN ET BRODIER. — *Paris Médical*, 1922. Biotropisme et accidents médicamenteux.
- MOURADIAN. — *Paris Médical*, 1922.
- PORNARET ET BENOIT. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 11 mai 1923, p. 699.

